

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

|                             |                                                        |               |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------|---------------|
| RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL | RUC                                                    | EXPEDIENTE    |
| PUERTOVISION CABLE S.A.     | 2091760188001                                          | 703296        |
| NOMBRE COMERCIAL            | PROVINCIA                                              | PARROQUIA     |
|                             | GALAPAGOS                                              | SANTA CRUZ    |
| CIUDADELA                   | BARRIO                                                 | CALLE         |
|                             | MIRAFLORES                                             | SAN CRISTOBAL |
|                             |                                                        | NÚMERO        |
|                             |                                                        | S/N           |
| INTERSECCIÓN/MANZANA        | JOSE JOAQUIN OLMEDO                                    | CONJUNTO      |
| EDIFICIO/C.C.               |                                                        | BLOQUE        |
| NÚMERO DE OFICINA           |                                                        | KM            |
| REFERENCIA UBICACIÓN        | A UNA CUADRA DEL COLEGIO SAN FRANCISCO, CASA ESQUINERA | CAMINO        |
| CASILLERO POSTAL            |                                                        | TELEFONO 1    |
|                             |                                                        | 053013445     |
| CORREO ELECTRÓNICO 1        | puertovisioncable@hotmail.com                          | TELEFONO 2    |
|                             |                                                        | 052524402     |
| CORREO ELECTRÓNICO 2        | marceb09@hotmail.com                                   | CELULAR       |
|                             |                                                        | 0987683111    |
| SITIO WEB                   |                                                        | FAX           |

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

|           |           |        |            |
|-----------|-----------|--------|------------|
| PROVINCIA | GALAPAGOS | CANTON | SANTA CRUZ |
|-----------|-----------|--------|------------|

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

|                                                                |                            |                       |                              |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------|------------------------------|
| TIPO DE PERSONA                                                | PERSONA NATURAL            |                       |                              |
| APELLIDOS Y NOMBRES                                            | SIBRI SIBRI LUIS FLORENCIO |                       |                              |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN                                         | CEDULA                     | No. DE IDENTIFICACIÓN | 0301482568                   |
| TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL                                   | INDIVIDUAL                 | NACIONALIDAD          | ECUADOR                      |
| CARGO QUE DESEMPEÑA                                            | GERENTE GENERAL            | PROVINCIA             | GALAPAGOS                    |
| FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL | 6/22/15 12:00 AM           | CANTON                | SANTA CRUZ                   |
|                                                                |                            | PARROQUIA             | PUERTO AYORA                 |
| CIUDADELA                                                      |                            | BARRIO                |                              |
| CALLE                                                          | JOSE JOAQUIN DE OLMEDO     | NÚMERO                | SN                           |
| INTERSECCIÓN/MANZANA                                           | SAN CRISTOBAL              | CONJUNTO              |                              |
| BLOQUE                                                         |                            | EDIFICIO/C.C.         |                              |
| NÚMERO DE OFICINA                                              |                            | KM                    |                              |
| CAMINO                                                         |                            | REFERENCIA UBICACIÓN  | POR EL COLEGIO SAN FRANCISCO |
| CORREO ELECTRÓNICO                                             | sibriluis@hotmail.com      | TELEFONO              | 053013445                    |
|                                                                |                            | CELULAR               | 0987683111                   |

Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros a efectuar las averiguaciones pertinentes para comprobar la autenticidad de esta información y; acepto que en caso de que el contenido presente no corresponda a la verdad, esta Institución aplique las sanciones de ley.

**FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS**

|                                                                |                              |                       |              |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------|--------------|
| TIPO DE PERSONA                                                | PERSONA NATURAL              |                       |              |
| APELLIDOS Y NOMBRES                                            | CHAPACA SANDOVAL JUAN MANUEL |                       |              |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN                                         | CEDULA                       | No. DE IDENTIFICACIÓN | 1705277232   |
| TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL                                   | INDIVIDUAL                   | NACIONALIDAD          | ECUADOR      |
| CARGO QUE DESEMPEÑA                                            | PRESIDENTE                   | PROVINCIA             | GALAPAGOS    |
| FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL | 6/22/15 12:00 AM             | CANTON                | SANTA CRUZ   |
|                                                                |                              | PARROQUIA             | PUERTO AYORA |
| CIUDADELA                                                      | SECTOR BELLAVISTA            | BARRIO                | CENTRAL      |
| CALLE                                                          | SN                           | NÚMERO                | SN           |
| INTERSECCIÓN/MANZANA                                           | SN                           | CONJUNTO              |              |
| BLOQUE                                                         |                              | EDIFICIO/C.C.         |              |
| NÚMERO DE OFICINA                                              |                              | KM                    |              |
| CAMINO                                                         |                              | REFERENCIA UBICACIÓN  | VIA BALTRA   |
| CORREO ELECTRÓNICO                                             | jmchapaca@hotmail.com        | TELEFONO              | 052524956    |
|                                                                |                              | CELULAR               | 0995232008   |

**INFORMACIÓN ADICIONAL DE LA COMPAÑÍA**

|                                                |    |    |   |
|------------------------------------------------|----|----|---|
| ES PROVEEDORA DE BIENES O SERVICIOS DEL ESTADO | SI | NO | X |
| COMPAÑÍA VENDE A CREDITO                       | SI | NO | X |
| OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS            | SI | NO | X |

Nombre: SIBRI SIBRI LUIS FLORENCIO

Identificación 0301482568

REPRESENTANTE LEGAL

Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros a efectuar las averiguaciones pertinentes para comprobar la autenticidad de esta información y; acepto que en caso de que el contenido presente no corresponda a la verdad, esta Institución aplique las sanciones de ley.